

ANNÉE 1929

THESE

N° 18

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CAMPS SIMON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Germs (Hautes-Pyrénées), le 20 Août 1899

De la Réduction de Capacité ouvrière

DÉTERMINÉE PAR

LES CICATRICES CORNÉENNES

au cours des Accidents de Travail

(ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE)

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

81

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152015_0092

ANNÉE 1929

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CAMPS SIMON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Germs (Hautes-Pyrénées), le 20 Août 1899

De la Réduction de Capacité ouvrière

DÉTERMINÉE PAR

LES CICATRICES CORNÉENNES

au cours des Accidents de Travail

(ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE)

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSEY
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique.	LCÉPER.
Hygiène	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LAREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	RRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	JOYEUX Parasitologie.
ALAJOUANINE. . Neurologie et psy- chiatric.	LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
AUBERTIN. Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . . Pathologie chirurgi- cale.
BASSET. Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryng gie.
BAUDOUIN. Pathologie médicale.	LEROUX. Anatomie pathologi- que.
BINET. Physiologie.	LÉVY-SOLAL. . . . Obstétrique.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LHERMITTE. . . . Pathologie mentale.
BROCQ. Pathologie chirurgi- cale.	LIAN. Pathologie médicale.
BRULÉ. Pathologie médicale.	MATHIEU. Pathologie chirurgi- cale.
CADENAT. Pathologie chirurgi- cale.	METZGER. Obstétrique.
CHABROL. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY. Pathologie médicale.	MOURE. Pathologie chirurgi- cale.
CLERC. Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
DEBRÉ. Hygiène.	OBERLING. Anatomie pathologi- que.
DOGNON. Physique.	OLIVIER. Anatomie.
DONZELOT. . . . Pathologie médicale.	PHILIBERT. . . . Bactériologie.
DUVOIR. Médecine légale.	QUÉNU. Pathologie chirurgi- cale.
ÉCALLE. Obstétrique.	RICHET Fils. . . . Physiologie.
FIESSINGER. . . . Pathologie médicale.	SÉZARY. Dermatologie et sy- philigraphie.
GARNIER. Pathologie expéri- mentale.	VALLERY-RADOT (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
GATELLIER. . . . Pathologie chirurgi- cale.	VAUDESCAL. . . . Obstétrique.
GIROUD. Histologie.	VELTER. Ophtalmologie.
HARVIER. Pathologie médicale.	VERNE. Histologie.
HEITZ-BOYER. . . Urologie.	
HOVELACQUE. . . Anatomie.	
HUTINEL. Pathologie médicale.	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
BUSQUET Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT. Obstétrique.	RETTERER. Histologie
LEQUEUX Obstétrique.	ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique, chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A' MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

Qui nous fit le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL
DES ENFANTS-MALADES

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive gratitude et l'hommage de notre profonde reconnaissance pour avoir guidé nos premiers pas en ophtalmologie et pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR BROCA.

M. LE DOCTEUR CAUSSADE.

M. LE DOCTEUR MORAX.

M. LE DOCTEUR GRIVOT.

M. LE DOCTEUR ROUGET.

A M. LE DOCTEUR MORAX
OPHTALMOLOGISTE DE LARIBOISIÈRE

*En remerciement pour le précieux
enseignement qu'il nous a prodigué
pendant les deux années passées
dans son service.*

A M. LE DOCTEUR HARTMANN
OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX DE PARIS

A MM. LES DOCTEURS CRUCHAUDEAU, BEAUJEU,
ET LENOIR

*A qui nous devons les éléments de ce
travail.*

Introduction

L'évaluation de la diminution de capacité professionnelle après les accidents de travail est un des problèmes que l'oculiste a le plus fréquemment à résoudre. Elle n'intéresse pas seulement les experts chargés de renseigner médicalement les tribunaux ou les médecins-conseils des Compagnies d'assurance, mais aussi tous les médecins praticiens qui ont donné leurs soins aux blessés et qui doivent les fixer sur les suites de leur accident.

De tous les accidents oculaires, les plus fréquents sont les accidents cornéens dus à des corps étrangers à des brûlures, à des traumatismes, ils rentrent en effet dans une proportion de 75 % dans les statistiques les plus récentes.

Une étude complète sur l'évaluation de l'I. P. P. entraînée au cours des accidents de travail par cicatrice cornéenne serait un problème trop vaste, car elle devrait comprendre toutes les réductions de l'acuité visuelle de l'œil blessé variable entre zéro et 8 à 9/10, elle devrait envisager la question des états antérieurs de l'œil blessé et de l'œil non blessé.

En utilisant les conclusions des nombreux rapports d'expertise dont nous avons pu prendre connaissance nous bornerons notre étude à l'étude des cas-limites où l'acuité visuelle de l'œil blessé atteint ou dépasse 5/10 avec ou sans correction, l'autre œil étant normal. Nous exposerons les rapports qui ont guidé l'expert pour l'attribution de la rente. Ce sera le fond de notre thèse.

Dans un second chapitre nous analyserons quelques cas où l'acuité visuelle de l'œil blessé est au-dessous de 4/10.

Nous terminerons par l'exposé de quelques cas complexes où le blessé a déjà perdu un œil antérieurement à l'accident.

CHAPITRE I

(L'ouvrier victime d'un accident doit être réputé subir une incapacité non pas temporaire, mais permanente et partielle; lorsque l'accident tout en le laissant capable de travailler a eu pour conséquence à l'avenir une diminution de capacité de travail et une réduction de ses salaires), Art. 583 de la loi du 9 avril 1898.

La caractéristique de l'incapacité permanente et partielle c'est qu'elle doit normalement se traduire par une réduction de salaire. (Art. 286).

Réduction de la capacité de travail, réduction de salaire sont deux éléments distincts et les assurances ne tiennent compte que du second parce que facile à évaluer. L'évaluation de la réduction de capacité de travail est un problème très difficile à résoudre en particulier dans les cas qui nous intéressent.

Comme le disait Sulzer, dans son rapport au Congrès de la Société Française d'Ophthalmologie de 1907, la fixation de l'incapacité de travail partielle et permanente est une opération difficile et complexe. C'est cette fixation qui constitue la principale,

peut être la seule difficulté d'application des lois sur les accidents de travail.

Au cours des accidents oculaires bénins, beaucoup de médecins-praticiens fixent le taux d'I. P. P. en se basant uniquement sur le degré d'acuité visuelle.

Or pour les assurances, l'acuité visuelle professionnelle est la moitié de l'acuité visuelle physiologique, se réclamant, pour cela, de l'opinion de Josten qui déclare que la majorité des ouvriers, ayant une diminution de l'acuité inférieure à $1/2$ n'ont droit à aucune I. P. P. de travail.

Qu'est-ce que l'acuité visuelle professionnelle ? Elle est représentée par le degré d'acuité visuelle physiologique nécessaire pour exercer ce métier ; la limite supérieure de cette acuité est constituée par le degré d'acuité visuelle, de plus bas qui permet d'exercer le métier sans entrave. La limite inférieure est le degré le plus élevé qui ne permet plus du tout l'exercice de ce métier.

Définition juste mais impossible à déterminer en pratique. On a essayé de faire une vaste enquête sur l'acuité visuelle professionnelle mais quand on songe au nombre considérable de professions (560), à l'indifférence des ouvriers et des patrons et enfin aux difficultés que rencontrera le médecin dans l'examen des ouvriers au cours de leur travail, on se rend compte que les investigations n'aient pas continué et que l'on n'ait pu établir un barème basé sur l'observation courante. Mais l'acuité visuelle

n'est pas le seul élément quoique le principal qui doit guider le médecin dans l'attribution d'une rente au blessé.

Nous avons recueilli une trentaine d'expertises faites en grande majorité par les experts parisiens ; dans tous ces cas, l'acuité visuelle atteint ou dépasse $5/10$ sans verres ou après correction, et dans tous l'expert a attribué une I. P. P.

Pour quelles raisons en est-il ainsi ? L'expert se base sur des signes objectifs qui eux ne sont pas trompeurs, car la mesure de l'acuité visuelle est sous la dépendance de nombreux facteurs qui la rendent imprécise : l'éclairage, l'exagération bien compréhensible du blessé.

I. Le siège du leucome a une importance considérable ; les taies, les plus gênantes pour la vision de travail quoique souvent minimales, sont les taies centrales ou para-centrales dans le segment inféro-nasal. Si elles entraînent peu de troubles pour la vision lointaine, elles sont, au contraire, très gênantes pour le travail de près par les phénomènes de diffusion et d'éblouissement qu'elles déterminent. Pour des ajusteurs, des ébénistes, des toupilleurs, des bijoutiers, des horlogers, pour tous les ouvriers à acuité visuelle supérieure, elles déterminent une diminution de capacité professionnelle et les experts comme le montrent les observations suivantes attribuent une rente.

B..., 20 ans, ajusteur, blessé le 12 janvier 1925, à l'œil droit, par un corps étranger. Arrêt de travail jusqu'au 20 janvier 1925.

Expertise du 16 mai 1925 :

Oeil droit : Cet œil présente en plein centre de la cornée par conséquent en plein centre de l'aire pupillaire une taie linéaire obliquement dirigée. Il n'existe aucune autre lésion apparente des membranes externes ni des profondes, pas d'astigmatisme. La vision accusée et contrôlée est de $7/10$ environ.

Oeil gauche : Cet œil est normal et sa vision est parfaite.

Discussion : M. B... est atteint de taie linéaire de la cornée droite, cette taie est la conséquence évidente du traumatisme du 12 janvier 1925.

La vision de l'œil gauche étant normale, celle de l'œil droit atteignant $7/10$, la réduction de capacité est de faible importance.

En réalité, il faut tenir compte d'une part de la profession exercée, *ajusteur*, qui nécessite une vision de près aussi parfaite que possible.

D'autre part, du fait que la vision rapprochée s'accompagne de rétrécissement des orifices pupillaires et que dès lors chez M. B. la vision de l'œil droit se trouve gênée par la taie de la cornée.

Il en résulte donc une réduction de capacité qu'on peut évaluer à 7 % environ. Cette réduction de capacité est susceptible d'atténuation avec le temps et il est rationnel d'admettre ce taux pour une période de 2 ans.

Consolidation à la date de reprise du travail.

D..., 24 ans, ajusteur, blessé le 16 janvier 1927, à l'œil droit.

Consolidation au 4 février 1927.

Examen :

OEil droit : Sur la cornée, on constate un très petit leucome ponctiforme de $1/2$ mm. de diamètre environ siégeant au-dessous et en dedans du centre en regard du bord pupillaire dans l'état de dilatation moyenne de la pupille.

Ce leucome, par son siège et son étendue correspond parfaitement à la petite plaie cornéenne superficielle décrite par le médecin.

L'iris est normal et libre de synéchies. Il n'existe d'ailleurs aucune lésion des milieux intra-oculaires, ni des membranes profondes.

Les réponses du blessé, au cours des diverses épreuves pour fixer l'acuité visuelle, ont présenté des variations et même des contradictions selon que l'autre œil était masqué à son insu ou manifestement exclu de la vision.

Il accuse selon des cas $1/3$ à $1/2$ ou seulement $1/6$. On ne peut donc faire fonds sur ses déclarations à ce sujet et force est de s'en tenir à une appréciation d'ailleurs très approchée, d'après le caractère et le petit siège de la lésion cornéenne.

OEil gauche : Cet œil est normal. $V. = 1$.

Discussion : L'accident a déterminé un petit leucome superficiel de la cornée siégeant en regard du bord pupillaire.

La petite opacité se trouve donc tantôt dans l'aire pupillaire lorsque la pupille est large, tantôt en dehors de cette zone lorsque la pupille est plus étroite. La gêne qu'elle entraîne doit par conséquent varier selon les dimensions de la pupille déterminées elles-mêmes par l'intensité de l'éclairage et de l'accommodation.

La légère diminution d'acuité, de même que le trouble dû à la légère diffusion provoquée par le leucome, ne sont pas toujours les mêmes et doivent se modifier dans une faible mesure, selon les circonstances et les conditions d'exercice de la vision.

En tenant compte de ces divers éléments dont l'influence

est d'ailleurs très légère et du faible degré de diminution d'acuité, on peut évaluer à 5 % la réduction actuelle de capacité ouvrière résultant de la blessure pour un ajusteur, mais il est possible que par un processus de réparation lent, l'opacité s'atténue et dans un assez long délai se produise par suite une amélioration visuelle.

R..., 45 ans, ébéniste, blessé le 19 septembre 1924, à l'œil gauche par un éclat de bois.

Examen :

Œil gauche : Paupières et voies lacrymales normales.

Sur la cornée on remarque un leucome central circulaire de 2 mm. de diamètre déterminant au Javal un léger astigmatisme irrégulier voisin d'un astigmatisme régulier de formule ($0^{\circ} + 0,75$). Iris, cristallin, vitré normaux.

Vision : 6/10 avec ($90^{\circ} + 0,50$) dans l'ombre, mais à la lumière vive, quand la pupille se contracte, l'acuité n'est plus de 4/10. Champ visuel normal.

Œil droit : Normal.

Vision = 1 avec + 0,50.

Discussion : M. R. présente une taie cornéenne centrale qui est la conséquence de l'érosion cornéenne traumatique. Cette taie diminue la vision surtout lorsque la pupille est contractée à la lumière. Il en résulte une diminution de capacité professionnelle, mais il est probable qu'une amélioration se produira ultérieurement par léger éclaircissement de la taie.

Le taux de l'incapacité partielle et permanent peut être fixé à 10 %.

H..., 25 ans, riveur, blessé le 31 mai 1921, à l'œil gauche, par une bavure.

Expertise en 1922 :

Œil gauche : cet œil présentait un leucome cornéen sur le

diamètre vertical et tangent au bord supérieur de la pupille en moyenne dilatation. De ce leucome partait un chapelet de petites traces se dirigeant en bas et en dehors pour rejoindre le bord pupillaire inférieur.

Or, à ce moment, l'acuité visuelle était réduite à 4/10.

Incapacité partielle et permanente de 12 %.

Révision : A l'éclairage latéral, aucune trace du chapelet des petits leucomes signalés lors du premier examen. On ne retrouve plus le leucome cornéen.

Milieux transparents et membranes profondes intactes.

Œil droit : Normal. V. = 1.

En présence de ces constatations et malgré le peu de bonne volonté dont fit preuve le patient ; l'expert a la conviction que la vision est à peu près la même pour les deux yeux.

Conclusions : Du fait de la disparition des opacités cornéennes, une amélioration très sensible s'est produite et le taux de l'I. P. P. est réduit à 4 % à cause des irrégularités qui peuvent encore exister dans les méridiens cornéens en produisant de l'astigmatisme.

R..., 45 ans, ébéniste, blessé le 16 septembre 1924, à l'œil gauche par un éclat de bois. Travail repris le 8 octobre 1924.

Examen :

Œil gauche : Paupières, voies lacrymales et conjonctive normales. Sur la cornée, leucome central circulaire de deux millimètres environ de diamètre.

Astigmatisme irrégulier mais très voisin d'un astigmatisme régulier de formule ($0^{\circ} + \overline{0,75}$).

Iris cristallin, vitré, fonds d'œil normaux. Champ visuel normal.

Vision = ($90^{\circ} + \overline{0,50}$) 6/10 dans l'ombre mais à la lumière.

re vive, quand la pupille se contracte l'acuité n'est plus que de 4/10.

Œil droit : Vision = 10/10 avec + 0,50.

Discussion : R. présente une taie cornéenne centrale qui est la conséquence de l'érosion cornéenne traumatique du 16 septembre 1927. Cette taie diminue la vision surtout lorsque la pupille est contractée à la lumière. Il en résulte une diminution de capacité professionnelle mais il est probable qu'une amélioration se produira ultérieurement par léger éclaircissement de la taie. R. est de plus hypermétrope et il devient presbyte, mais cet état de réfraction est indépendant de l'accident.

Conclusions : L'accident du 16 septembre a entraîné une incapacité partielle et permanente de 10 % susceptible d'amélioration lente.

Consolidation fixée au 8 octobre 1924.

S...; 40 ans, ajusteur, blessé le 2 juillet 1923, à l'œil droit par éclat de vis qu'il était en train de bloquer. Extraction du corps étranger et cautérisation de l'ulcère infecté.

Travail repris le 10 août 1922.

Expertise du 8 octobre 1923 :

Œil droit : existence d'un petit leucome para-central situé un peu en dessous et en dehors du centre de la pupille du diamètre de 1 mm. à 1 h. $\frac{1}{2}$.

L'astigmatisme cornéen est de 1 Dioptrie et sensiblement régulier.

Vision = 6/60 (90° + 0,75).

Œil gauche : normal. V. = 9/10.

Discussion : le leucome cornéen, petit, mais épais, gêne par sa situation para-centrale, il est entièrement constitué et l'état est définitif.

L'accident entraîne une incapacité permanente partielle de 10 %.

F..., 33 ans, ajusteur-mécanicien, blessé à l'œil droit par un petit éclat de métal.

Examen :

Œil droit : petit leucome central peu opaque à contours nets et circulaires.

Pas d'astigmatisme irrégulier notable.

Néphélion diffus près du limbe.

Milieux normaux.

Vision = $7/10$ légèrement améliorée avec + 0,50.

Œil gauche : normal.

Discussion : La petite cicatrice cornéenne sans astigmatisme n'entraîne qu'une faible réduction de l'acuité, mais réduction chiffrable. La situation centrale doit avoir pour conséquence une légère augmentation de la gêne visuelle lorsque la pupille se contracte soit pour la lumière vive ou la vision de près. Le blessé se plaint de la formation de rayons autour de points lumineux.

Les petits traits leur paraissent élargis, dégradés.

Il y a lieu de retenir la légère gêne qui en résulte et de l'ajouter à la faible diminution d'acuité pour l'appréciation en dommage, vu aussi l'état de sa profession.

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 5 %.

H..., 27 ans, perceur, blessé à l'œil droit par un grain d'émeri.

Examen :

Œil droit : œil blanc. Tension normale.

Sur la cornée : petite opacité para-centrale ponctiforme.

Astigmatisme physiologique $90 + 0,50$.

Vision = $8/10$.

Œil gauche : normal.

Discussion : cette opacité située au voisinage du centre est une cause de gêne légère dans le travail sur la projection dans le champ visuel à proximité du point de fixation.

Il en résulte une incapacité partielle et permanente de 3 %.

S..., 28 ans, tourneur, blessé à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : petit leucome para-central situé un peu en dessous et en dehors du centre de la pupille du diamètre de 1 mm. à 1 mm. 1/2. Astigmatisme sensiblement régulier de 1 dioptrie.

Vision = 1/10.

Œil gauche : normal.

Discussion : le leucome cornéen petit mais épais gêne par sa situation para-centrale, il est entièrement constitué et l'état actuel est définitif.

Il en résulte une incapacité partielle et permanente de 10 %.

S..., 26 ans, ébéniste, blessé le 3 avril 1925, à l'œil gauche par un corps étranger.

Examen :

Œil gauche : est blanc.

Sur la cornée on constate la présence d'une taie diffuse recouvrant la moitié inférieure de l'aire pupillaire. Cette opacité est de faible densité, au travers on perçoit le fond d'œil avec léger flou.

A l'ophtalmomètre, léger astigmatisme irrégulier.

Par ailleurs rien à signaler, cristallin et corps vitré transparents, fond d'œil normal. Réflexes intacts.

Vision = 4/10 non améliorable.

Œil droit : est sain. Emmétrope. Vision normale.

Discussion : le leucome central est manifestement le reliquat cicatriciel de l'ulcération cornéenne consécutive à l'accident du 3 avril.

La vision gauche est de $4/10$ et un mieux est encore à prévoir dans les délais de révision.

A mon avis, le pourcentage d'invalidité est de 12 %.

Consolidation au 5 mai 1925.

S..., 35 ans, blessé le 20 février 1926, à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : Paupières normales. Conjonctive normale.

Chambre antérieure normale.

Cornée : petite taie transversale au niveau du bord supérieur de la pupille en état de dilatation moyenne.

Iris et réflexes normaux.

Fond d'œil normal.

Vision = $7/10$.

Œil gauche : normal. V. = I.

En résumé : taie de la cornée droite réduisant l'acuité à 0,7 et déterminant un éblouissement gênant pour le blessé.

Cet état détermine une incapacité partielle et permanente que j'évalue à 10 %.

Consolidation au 29 janvier 1927.

V..., 51 ans, cimentier, blessé à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : En dehors du champ pupillaire, quadrant inférieur-externe, taie petite, arrondie et à peine apparente.

Pas d'astigmatisme.

Réflexes normaux.

Fond d'œil normal.

Vision = $3/10$, sans verres et atteint $6/10$ par les moyens de contrôle.

OEil gauche : Normal.

Discussion : L'état actuel est susceptible d'amélioration ultérieure.

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 5 %.

B..., 25 ans, manœuvre, blessé le 29 octobre 1924, à l'œil droit, par un grain de meule.

Examen :

OEil droit : Paupières, conjonctive, voies lacrymales normales. Sur la cornée, petit leucome circulaire de 1 mm. à 1 mm. $1/2$ environ de diamètre, situé hors du centre de la cornée et légèrement en haut en dedans.

Astigmatisme cornéen très sensiblement régulier de formule $0^{\circ} + 0,50$.

Iris, cristallin, fonds d'œil normaux.

Vision = $5/10$, sans grande amélioration par les verres.

OEil gauche : normal.

Discussion : La petite taie cornéenne para-centrale de l'œil droit qui est la conséquence de l'accident diminue très légèrement l'acuité visuelle du blessé, mais ne lui occasionne qu'une gêne légère dans son travail de manœuvre. Il est probable d'ailleurs que son état s'améliorera par la suite.

L'accident du 29 octobre 1924 entraîne une incapacité partielle et permanente de 8 %.

P..., 38 ans, manœuvre, blessé le 24 septembre 1924, à l'œil gauche, par un éclat de pierre.

Examen :

OEil gauche : Taie un peu diffuse, mais superficielle, occupant le centre de la cornée, n'empêchant pas d'examiner les parties profondes de l'œil qui sont reconnues normales.

Au Javal : on note un astigmatisme cornéen de I D., 50 avec déformation légère des mires.

Vision = 5/10 non améliorée par les verres.

Œil droit : normal. V. = 1.

Conclusions : L'accident a produit une lésion superficielle de la cornée gauche suivie de kératite.

L'opacité qui en résulte gêne un peu la vision par son siège central et par l'astigmatisme qu'elle détermine.

La vision de l'œil droit est excellente.

La réduction de capacité de travail peut être évaluée à 5 %.

Consolidation au 1^{er} novembre 1924.

II. Un deuxième élément pour l'évaluation de l'I. P. P. est l'astigmatisme cicatriciel dû à la déformation de la surface cornéenne. Il suffit de faire l'expérience du disque de Placido pour se rendre compte de la déformation de l'image dans une cornée atteinte d'astigmatisme irrégulier ; l'on comprend alors la gêne d'un ouvrier se servant de micromètres, de palmers et divers autres outils de précision. Qu'on interroge des affûteurs, des outilleurs, des mécaniciens-ajusteurs, des toupilleurs, des serruriers, atteints de taie cornéenne avec astigmatisme irrégulier, et tous se plaindront de leur difficulté pour un travail de précision, de voir les raies chevaucher de façon indistincte, de phénomènes d'irradiation autour des objets qu'ils fixent.

Au point de vue pratique, on peut distinguer deux groupes.

Dans une première catégorie, l'astigmatisme irrégulier est très marqué (3 à 4 dioptries et plus), les

mires sont déformées au Javal, on est le plus souvent en présence de taies épaisses à facette, reliquat d'ulcérations infectées de la cornée ou de brûlures profondes. L'acuité visuelle est alors peu améliorée par un verre correcteur.

Dans une deuxième catégorie, les lésions cornéennes sont moins profondes, la déformation des mires est peu marquée, l'astigmatisme ne dépasse pas 2 dioptries et la correction optique amène une amélioration sensible de l'acuité visuelle.

Pratiquement, dans le premier groupe, l'expert ne tiendra pas compte de l'amélioration produite par le port de verres et il se base sur l'acuité visuelle sans correction.

Il est hors de doute, en effet, qu'un ouvrier ne pourra supporter dans son travail une correction par un cylindre de 2 ou 3 dioptries en raison des troubles de la vision binoculaire. La correction par verres cylindriques est une correction de riche, disait M. Valude.

Dans la deuxième catégorie, au contraire, la plus nombreuse, l'expert fixe son I. P. P. sur le degré d'acuité visuelle obtenue après correction, mais dans tous ces cas il tient compte du port de verres qui est une gêne pour le blessé. Comme le dit l'expert, dans la première observation que nous citons (L'acuité de 0,4 de l'œil droit non corrigé est alors suffisante et le blessé, pour les ouvrages de grande précision, est obligé de corriger par un verre cylindrique l'amétropie de cet œil, ce qui porte à 0,7 son

acuité, mais il déclare que même avec cette correction certains travaux ne lui sont plus possibles lorsque les circonstances sont telles que l'œil droit seul doit être utilisé).

Il est de toute justice de tenir compte pour fixer le taux d'I. P. P. de la correction optique et d'élever légèrement ce taux lorsque le port de verres est nécessaire. Au Congrès de la Société Italienne d'Ophtalmologie, les professeurs Pardo et Richi ont adopté la motion suivante : « La mesure de l'acuité visuelle ne doit être pratiquée dans tous les cas qu'après correction de la réfraction. Si l'amétropie est une conséquence directe du traumatisme, elle sera indemnisée lorsque la correction laisse néanmoins subsister un déficit fonctionnel. Une indemnité fixe de 5 % au plus sera accordée dans le cas où par suite de l'accident le blessé serait obligé de porter des lunettes, dont il n'était pas auparavant contraint de faire usage ».

La plupart des experts parisiens en tiennent compte, comme nous le montrent les observations suivantes :

L..., 30 ans, ouvrier ajusteur outilleur, blessé le 8 février 1924, à l'œil droit, par un éclat de métal intra-oculaire fiché dans la partie médiane de l'iris vers 2 heures.

Examen :

Œil droit : A l'éclairage oblique, on constate dans la cornée une très petite cicatrice linéaire à peine perceptible en

raison de son peu de largeur située à mi-distance entre le bord pupillaire et le limbe en haut et en dedans et mesurant 1 mm. environ de largeur. Il n'existe aucune irritation oculaire. L'iris est normal, libre de toute adhérence.

On ne relève aucune lésion intra-oculaire,

A la skiascopie on constate un léger astigmatisme irrégulier qui se superpose à un astigmatisme régulier des plus nets.

L'acuité visuelle sans correction de $4/10$ et s'élève à $7/10$ après un verre cylindrique de 1 dioptrie à axe horizontal.

Ces valeurs de l'acuité visuelle correspondent bien à celles données par le médecin de la Compagnie d'assurance dans sa note du 6 avril. Les réponses du blessé ont d'ailleurs toujours été de la plus parfaite sincérité au cours de l'examen fonctionnel.

Oeil gauche : V. = I.

Discussion : L'extraction précoce du corps étranger a certainement évité les lésions intra-oculaires graves et réduit au minimum les séquelles du traumatisme.

La petite cicatrice cornéenne extra-pupillaire consécutive à la plaie pénétrante ne peut, par elle-même, en raison de son siège et de ses dimensions, être un obstacle au passage normal des rayons lumineux. Mais l'astigmatisme irrégulier qu'elle détermine paraît bien être la conséquence de la déformation cicatricielle de la surface cornéenne à la suite de la plaie pénétrante et ce trouble de la réfraction est certainement la cause de la diminution de l'acuité de l'œil blessé.

Dans l'évaluation du degré de réduction de capacité, il y a lieu de tenir compte spécialement dans le cas actuel du travail de haute précision exécuté par le blessé. La confection de calibres pour pièces de série où l'emploi de micromètres et de palmers est nécessaire. Ces travaux, très délicats, exigent une bonne vision des deux yeux.

L'acuité de 0,4 de l'œil droit non corrigé est alors insuffi-

sante et le blessé, pour les ouvrages de grande précision, est obligé de corriger par un verre cylindrique l'amétropie de cet œil, ce qui porte à 0,7 son acuité.

Mais il déclare que même avec cette correction certains travaux ne lui sont plus possibles lorsque les circonstances sont telles que l'œil droit seul doit être utilisé.

De ce fait, déclare-t-il, il a dû renoncer maintenant à exécuter certains travaux spéciaux et se borner à des ouvrages moins délicats, ce qui aurait entraîné à une diminution de salaire.

Dans ces conditions particulières de profession à haute valeur visuelle nécessaire, la réduction actuelle de capacité professionnelle peut être évaluée en tenant compte de l'amélioration donnée éventuellement par la correction, à 13 %.

Mais il est possible que par suite des progrès lents de la réparation la courbure de la cornée devienne plus régulière et que l'astigmatisme s'atténue en amenant une amélioration de l'acuité.

Conclusions : L'accident du 8 février 1924 a déterminé sur l'œil droit un très petit leucome extra-pupillaire et une déformation astigmatique de la partie centrale de la cornée entraînant une diminution de l'acuité visuelle de cet œil.

La réduction permanente actuelle de la capacité ouvrière pour une profession de haute précision peut être évaluée à 13 %.

Il est possible qu'une amélioration se produise dans l'avenir après un assez long délai.

Consolidation au 17 mars 1924.

C..., 34 ans, chaudronnier, accident du 9 août 1924, corps étranger à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : La cornée présente, dans sa partie para-centrale,

une taie diffuse qui entraîne la production d'un astigmatisme légèrement irrégulier.

Les membranes profondes et les milieux transparents sont normaux.

La vision accusée est de 5/10, mais elle est manifestement plus élevée (7/10 au moins au diploscope).

Œil gauche : Cet œil est normal. La vision est excellente.

Discussion : Les lésions oculaires constatées (taie de la cornée droite avec astigmatisme) sont le reliquat d'une kératite ulcéreuse dont l'origine traumatique est manifeste.

Le traumatisme d'août 1924 doit être retenu.

Vu l'astigmatisme irrégulier de l'œil droit et malgré la vision presque parfaite de cet œil (démontrée par épreuves de contrôle) on peut admettre une réduction qu'on peut évaluer à 7 %.

Ce taux est susceptible de modifications ultérieures.

Consolidation au 8 décembre 1924.

J..., 40 ans, ouvrier fraiseur, blessé à l'œil gauche en juillet 1924, par un éclat métallique.

Examen :

Œil gauche : On constate, dans la région para-centrale de la cornée, à la partie inférieure de la zone pupillaire, un petit leucome circulaire, peu saturé, de près de 1 mm. de diamètre et qui paraît bien consécutif à la plaie laissée par un corps étranger superficiel. Au voisinage immédiat de cette cicatrice et en dehors d'elle se voit une très légère et beaucoup plus petite opacité superficielle, qui est probablement la trace laissée par le second corps étranger que le blessé dit avoir reçu.

D'après ses dimensions et sa faible saturation, cette dernière plaie insignifiante ne paraît pas de nature à avoir aggravé l'état de la vision causé par la première cicatrice.

Astigmatisme irrégulier dû aux déformations cicatricielles de la surface cornéenne dans le voisinage des leucomes.

Pas de lésion intra-oculaire.

Vision = 5/10, non améliorée.

OEil droit : Normal 9/10.

Discussion : L'accident du 24 juillet 24 a déterminé sur l'œil gauche des lésions cicatricielles superficielles qui sont la cause de diminution de l'acuité visuelle.

Dans l'évaluation de la réduction de capacité de travail qui en résulte, il y a lieu de tenir compte des phénomènes d'irradiation autour des lumières que signale le blessé et qui sont déterminées par le siège para-central de la cicatrice et par l'astigmatisme irrégulier.

Pour un ouvrier fraiseur, dont certains travaux exigent parfois une très bonne vision, la réduction de capacité peut être évaluée à 8 %, mais il est possible qu'à la suite d'un processus lent de réparation, le trouble visuel, au bout d'un assez long terme, s'améliore légèrement.

M..., 63 ans, manœuvre, blessé à l'œil droit par une projection de ciment.

Examen :

OEil droit : Taie para-centrale située à la moitié inférieure de la cornée empiétant sur la pupille moyennement dilatée.

Réflexe pupillaire diminué.

Milieux normaux.

Léger astigmatisme irrégulier au Javal.

Vision = 4/10 fort d'acuité. 5/10 faible.

OEil gauche : V. = 10/10.

En raison de l'astigmatisme, il persiste une incapacité partielle et permanente de travail de 10 %.

D..., 45 ans, ajusteur-monteur, blessé le 5 juillet 1922, à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : Conjonctive saine. Voies lacrymales perméables. La cornée est le siège d'une petite cicatrice linéaire oblique de haut en bas et de dehors et dedans, dépassant légèrement le bord pupillaire.

L'iris réagit normalement.

Cristallin, milieux et fond d'œil normaux.

Au Javal : léger astigmatisme irrégulier.

Vision = 4 à 5/10, sans verres et atteint 6 à 7/10, avec un verre convexe faible.

Œil gauche : normal. V. = I.

Discussion : La lésion de l'œil droit est la conséquence de l'accident du 5 juillet 1922. Elle a pour effet une légère diminution de l'acuité visuelle et un peu de gêne dans son travail.

Il en résulte une incapacité partielle et permanente de 8 %.

M..., 31 ans, démolisseur, blessé à l'œil droit.

Examen :

Œil droit : Petite cicatrice située vers X h. et n'empiétant pas sur la pupille.

Milieux transparents.

Léger astigmatisme irrégulier.

Vision = 7/10 sans verres.

Œil gauche : Normal.

A cause de l'astigmatisme irrégulier déterminé par la cicatrice cornéenne, il persiste une incapacité partielle et permanente que l'on peut évaluer à 10 %.

P..., 39 ans, mécanicien, blessé le 17 octobre 1924, à l'œil droit, par un éclat de meule.

Examen :

Oeil droit : Sur la cornée, cicatrice blanche en virgule renversée, dont la grosse extrémité est au limbe scléro-cornéen vers le méridien de 5 h. et dont la terminaison effilée arrive au centre même de la région pupillaire de la cornée.

Cette cicatrice entraîne un astigmatisme irrégulier de I à I D., 50, mais avec déformation des mires.

Milieux transparents.

Pas de lésions du fond de l'œil.

Vision = 5/10 non améliorée par aucun verre sphérique cylindrique ;

Oeil gauche : Normal. V. = 1.

Conclusions : L'accident du 17 octobre 1924 a produit une plaie superficielle de la cornée qui a été certainement suivie d'une kératite traumatique.

Il en résulte une taie qui gêne la vision de ce côté d'une façon définitive, plus par l'astigmatisme irrégulier que par l'opacité.

La réduction permanente est de 10 %.

Consolidation de la blessure au 24 novembre 1924.

G..., 50 ans, *tourneur*, blessé le 21 janvier 1925, à l'œil droit, par un petit éclat. Travail repris le 2 février 1925.

Expertise du 5 août 1925 :

Oeil droit : Dans la région para-centrale de la cornée, en regard du bord inférieur de la pupille, se trouve un léger néphélion, vestige d'une plaie superficielle, son opacité est si faible qu'il ne peut être nettement distingué qu'à la loupe et avec un bon éclairage focal. La pupilloscopie révèle à son voi-

sinage un léger astigmatisme irrégulier. Les autres parties de l'œil, iris, cristallin, membranes profondes ne présentent aucune altération.

Vision = 5/10 après correction d'une myopie faible de 0,75.

Œil gauche : Cet œil ne présente aucune lésion.

Comme l'autre œil, il est myope de 0,75 et son acuité après correction égale 8/10.

Il existe, en outre, des deux côtés, une presbytie physiologique et en rapport avec l'âge et telle que le blessé doit faire usage de verres convexes (+ 1) pour la lecture et les travaux nécessitant l'usage de la vision de près.

Discussion : Des constatations et des renseignements qui précèdent, il résulte que la petite plaie cornéenne superficielle déterminée par l'accident a laissé sur la cornée de l'œil droit une petite cicatrice para-centrale. L'opacité à peine perceptible de cette cicatrice ne peut entraîner une diminution sensible de la vision, mais l'astigmatisme irrégulier qui l'accompagne suffit pour causer la légère réduction d'acuité visuelle accusée par le blessé.

Ce léger trouble fonctionnel serait insignifiant pour l'exercice de certaines professions n'exigeant pas une bonne acuité visuelle binoculaire, mais pour le métier de tourneur-outilleur la gêne qu'il entraîne ne peut être considérée comme négligeable. On peut évaluer à 5 % la réduction permanente de capacité qui en résulte.

Une amélioration peut d'ailleurs se produire dans l'avenir par suite des progrès lents de réparation.

Consolidation au 2 février 1925.

T..., 50 ans, manœuvre, blessé à l'œil droit par un éclat de pierre.

Examen :

Œil droit : Très légère opalescence à peine visible, dans le tiers interne de la cornée.

Le fond de l'œil montre qu'il n'existe de ce côté aucune lésion.

Au Javal : astigmatisme hypermétropique et un peu d'astigmatisme irrégulier.

Vision = 5/10.

Œil gauche : normal.

Discussion : De l'accident du 26 juillet 1924, il ne subsiste que de faibles traces sous l'aspect d'une imperceptible néphélie de la cornée de l'œil droit. Cette lésion est probablement appelée à disparaître.

Par le fait de l'accident dont il a été victime, T. est atteint de néphélie et d'un léger astigmatisme irrégulier de l'œil droit.

Cette lésion entraîne une incapacité partielle et permanente de 5 %.

F..., 36 ans, plombier, blessé le 12 août 1922 par un mélange de soudure à l'œil gauche.

Travail repris le 9 octobre 1922 (consolidation à la même date).

Examen :

Aucune réaction inflammatoire.

La cornée présente dans la partie supéro-interne une opacité de forme arrondie à bords nets d'un diamètre de 3 mm. environ. Cette taie excentrique empiète très légèrement par sa partie inférieure sur la région pupillaire.

A l'ophtalmomètre on constate un léger astigmatisme cornéen irrégulier.

Chambre antérieure normale.

Réflexes normaux.

Cristallin, corps vitré, fond d'œil normaux.

Vision = 5/10 non améliorable par une correction optique.

L'œil droit est normal. V. = 7/10 sans correction.

Discussion : L'accident a déterminé une opacité cornéenne. Par son siège excentrique à la partie supéro-interne, cette taie occasionne peu de gêne dans le travail, mais elle détermine un astigmatisme irrégulier non améliorable par une correction optique qui réduit dans une certaine proportion l'acuité visuelle centrale ($V = 5/10$).

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 6 %.

R..., 37 ans, chaudronnier.

Accident à l'œil droit le 22 décembre 1924 (grain d'émeri).

Accident à l'œil gauche le 29 décembre 1924 (copeau).

Examen :

Œil droit : petit leucome ponctiforme à VI h. au-dessous de l'aire pupillaire de la cornée.

Vision = $7/10$ sans verres et atteint $9/10$ avec — I dioptrie.

Œil gauche : cicatrice centrale de la cornée très légèrement ovale de 3 mm. de diamètre ; au-dessous : 2 autres cicatrices plus petites, de la dimension d'une tête d'épingle.

Vision = $4/10$ sans verres et $5/10$ avec — I.

Discussion : L'état actuel n'est pas susceptible d'amélioration.

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 10 %.

..

A..., 34 ans, manoeuvre, blessé le 24 septembre 1924, à l'œil gauche.

Examen :

Œil droit : cet œil est normal. Vision parfaite.

Œil gauche : La cornée présente une taie para-centrale empiétant sur l'aire pupillaire.

Membranes profondes et milieux transparents n'ont aucune altération appréciable.

Il existe un très léger degré d'astigmatisme irrégulier.

La vision accusée est de 5/10 environ.

Discussion : les lésions oculaires constatées sont d'origine traumatique ainsi que le démontre le certificat initial ; le traumatisme incriminé peut être retenu.

Ces lésions oculaires consistent en une taie qui gêne la vision de l'œil gauche par sa situation même (axe pupillaire) et par la déformation de courbure cornéenne qui en est la conséquence.

La vision de l'œil droit étant normale, celle de l'œil gauche étant de 5/10, la réduction de capacité que l'ouvrier subit actuellement dans l'exercice de sa profession de manœuvre peut être évaluée à 8 % environ.

L'état actuel est susceptible d'amélioration. Un nouvel examen pratiqué dans deux ans permettra d'évaluer le taux définitif de l'incapacité (si même il y en a encore à cette date).

B..., manœuvre, blessé à l'œil droit le 14 janvier 1925.

Examen :

Œil droit : paupières, voies lacrymales, conjonctive normales. Sur la cornée : deux petits léucomes para-centraux, l'un sphéro-temporal de forme triangulaire, à sommet inférieur et mesurant 2 mm. 1/2 environ de base, l'autre inféro-nasal linéaire oblique en bas et en dedans et mesurant 2 mm. de longueur environ.

Astigmatisme cornéen irrégulier voisin de la formule (35° + 1,50).

Milieux et fond d'œil normaux.

Vision : 5/10 avec (35°-1.50).

Œil gauche : Vision normale.

Discussion : B. présente deux petites taies para-centrales avec astigmatisme irrégulier de l'œil droit.

Ces taies sont des cicatrices de la blessure reçue à laquelle il faut attribuer la diminution de la vision. Il est possible qu'une amélioration se produise dans les délais de révision.

Cette blessure entraîne une incapacité partielle et permanente de travail qu'on peut évaluer à 10 %.

B..., 44 ans, journalier, blessé le 31 août 1925, à l'œil droit, par une brûlure chimique.

Examen :

Œil droit : à l'éclairage latéral, la cornée présente sur son segment inférieur et temporal, au voisinage du limbe, une infiltration assez dense des couches superficielles.

Pas de lésions des membranes profondes.

Astigmatisme cornéen de 1 D., 50, à axe légèrement oblique en bas et en dedans.

Vision = 3/10 sans verres et atteint 5/10 avec (90°-1) — 1 D.

Œil gauche : Légèrement hypermétrope.

Vision = 5/10 sans verres et 8/10 avec + 1.

Discussion : Les lésions sont la conséquence du traumatisme incriminé, la taie a pu entraîner la production de l'astigmatisme et de la myopie.

La réduction de capacité peut être évaluée à 8 % ; il y a lieu de remarquer pour expliquer ce taux relativement élevé que le degré de la vision n'est obtenu qu'après adjonction de verres. Il est vraisemblable que des modifications se produiront dans les délais de révision.

P..., 16 ans, apprenti, blessé le 30 janvier 1925, à l'œil droit (contusion de la cornée).

Examen :

Œil droit : Il ne présente aucune réaction inflammatoire.

On ne constate ni photophobie, ni larmoiement, ni sécrétion anormale. La conjonctive est saine.

Sur la cornée existe dans la région pupillaire un peu au-dessous du centre une petite opacité linéaire à trajet horizontal mesurant 4 mm. environ. Cette cicatrice détermine un léger astigmatisme irrégulier avec déformation des mires de l'ophtalmomètre ($90^{\circ} + 1,50$).

Par ailleurs, l'œil est normal, les milieux sont transparents, le fond de l'œil est sain.

Les réflexes iriens sont normaux.

Vision = 5/10 sans correction et 7/10 après correction ($0^{\circ}-0,75$).

Œil gauche : Normal. V. = 1.

Discussion : En résumé, l'accident du 30 janvier 1925 a laissé à l'œil droit une opacité cornéenne linéaire située dans la région pupillaire.

Par sa situation au voisinage du centre cornéen et par l'astigmatisme qu'elle détermine, cette cicatrice est une cause de gêne manifeste dans le travail. Elle réduit l'acuité visuelle à 5/10 sans correction et à 7/10 après correction.

A mon avis, la réduction de capacité ouvrière résultant du traumatisme est de 6 %.

Date de consolidation au 18 février 1925.

L..., chef d'atelier, dans une usine de fabrication de machines de précision, blessé le 23 août 1923, à l'œil droit, par un copeau.

Examen :

Œil droit : Très légèrement en dehors du centre de la cornée, un petit néphélium au centre duquel on perçoit à la loupe une tache minuscule, blanchâtre, épaisse et plus profondément située dans la cornée. A l'ophtalmomètre, il existe un très léger astigmatisme irrégulier central.

Le globe oculaire est normal par ailleurs.

Vision = $4/10$ sans verres et après correction $6/10$ ($0^{\circ}-0,50$).

Œil gauche : Normal. V. = $9/10$.

La vision binoculaire est légèrement troublée. Au diploscope, le blessé ne perçoit pas les très fins caractères vus par l'œil droit et dans un stéréoscope il néglige les fins détails de l'image lorsqu'ils sont placés devant son œil droit. Il les reconnaît au contraire parfaitement quand ils font partie de l'image gauche.

Discussion : La très légère cicatrice de la cornée droite et la très faible diminution de vision de cet œil ne constitueraient pour son travail une gêne importante, mais ils occasionnent un trouble de la vision binoculaire des fins détails et par conséquent diminuent la capacité ouvrière du blessé dans la vérification des pièces de précision. Il est possible d'ailleurs, qu'une amélioration se produise dans la suite.

Conclusions : L'accident du 29 août 1923 entraîne une I. P. P. de 6 à 8 %.

Consolidation au 15 novembre 1923.

C..., 36 ans, contremaître, blessé le 19 juin 1926, à l'œil gauche, par une bavure de fer.

Examen :

Œil gauche : Aucun symptôme inflammatoire, ni larmoiement, ni photophobie.

Sur la cornée : opacité linéaire de 5 à 6 mm. barrant la pupille légèrement oblique de dedans en dehors et de bas en haut.

Astigmatisme irrégulier oblique de 2 dioptries.

Chambre antérieure normale.

Réflexes normaux.

Cristallin et vitré transparents.

Vision = 4 à 5/10 sans verre et 6/10 avec la correction optique suivante (15°-0,50).

Œil droit : Normal.

Discussion : Cette opacité, par sa situation au devant de l'aire pupillaire et surtout par l'astigmatisme qu'elle détermine, réduit la vision centrale à 6/10.

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 6 %.

N..., 18 ans, ajusteur, blessé à l'œil gauche par un éclat de bronze.

Examen :

Œil gauche : Conjonctive saine.

Réflexe pupillaire normal.

Sur le diamètre horizontal, petit leucome cornéen à IV h. et gagnant le bord pupillaire qui est en dilatation moyenne.

Milieux transparents.

Fond d'œil normal.

Astigmatisme irrégulier très léger.

Vision = 9/10 sans verres et 10/10 avec (90° + 0,50).

Œil droit : normal.

Discussion : En raison de l'astigmatisme et de la nécessité du port de verres, il persiste une incapacité partielle et permanente de travail de 2 %.

P..., 25 ans, maçon, blessé le 9 septembre 1924, à l'œil droit, par un éclat de fer.

Examen :

Œil droit : Néphélie très superficielle située un peu en dehors de la zone pupillaire dans le méridien de IX h. Cette légère opacité ne gêne nullement l'examen du fond de l'œil qui est normal.

Réfraction : hypermétropie de 2 dioptries.

Javal : astigmatisme léger de 0,75.

La meilleure acuité visuelle déclarée est de 5/10. Cette acuité est obtenue aussi bien sans verre qu'avec un spérique convexe de 1 ou 2 dioptries.

Œil gauche : Hypermétrope Javal 90° + 0,75.

Vision = 7/10 sans verres ou avec verres.

Conclusion : L'accident du 9 septembre a produit une petite plaie superficielle de la cornée droite.

Une kératite paraît avoir suivi le traumatisme, mais la cicatrice qui en résulte ne gêne pas sensiblement la vision de cet œil étant placée en dehors de la zone pupillaire et n'entraînant pas d'astigmatisme. L'acuité visuelle ne diffère de celle du côté opposé que de 2/10.

Les deux yeux présentent un vice de réfraction congénitale qui devrait être corrigé par le port de verres appropriés.

Il n'y a pas lieu d'admettre de réduction permanente de capacité de travail.

M..., 42 ans, poinçonneur, blessé à l'œil gauche par un corps étranger incandescent.

Examen :

Œil gauche : Aucun symptôme irritatif, ni rougeur, ni larmoiement, ni photophobie.

Sur la cornée on note une cicatrice linéaire de 4 à 5 mm., partant du centre pupillaire et se dirigeant en haut et en dehors vers 1 h.

Au Javal : astigmatisme irrégulier de 1,50.

Réflexes conservés.

Cristallin et corps vitré transparents.

Fond d'œil normal.

Vision = 4/10 sans verres. Elle remonte à 6/10, faible, après correction par un verre cylindrique concave de 0,75, orienté à 15° Nasal.

Œil droit : Normal. V. = 1.

Discussion : Nous sommes en présence d'un blessé qui a été atteint le 18 nov. 1925 d'une plaie non perforante de la cornée gauche. L'accident a laissé une cicatrice cornéenne linéaire qui, par sa situation au devant de la pupille et l'astigmatisme qu'elle détermine réduit la vision de l'œil atteint à 4/10 sans verres et 6/10 faible après correction. Il est probable qu'une amélioration se produira dans les délais de révision.

Il en résulte une I. P. P. de 6 %.

L..., 38 ans, fumiste, blessé le 5 juillet par un éclat de pierre à l'œil gauche.

Examen :

Œil gauche : Paupières, conjonctive, voies lacrymales normales.

Cornée : taie diffuse para-centrale inféro-temporale un peu plus saturée à son centre.

Astigmatisme irrégulier voisin de la formule ($110^{\circ} - 2$) + 1.

Iris, cristallin, fonds d'œil normaux.

Réflexes normaux.

Vision : 5/10 avec ($110^{\circ} - 2$) + 1.

Œil droit : Léger astigmatisme inverse régulier.

Vision = 10/10 avec ($90^{\circ} - 0,25$) + 0,75.

Discussion : L. présente un leucome cornéen para-central avec astigmatisme irrégulier, qui diminue la vision de l'œil blessé. Il est possible qu'une amélioration se produira par la suite, mais il existe actuellement une diminution de la capacité professionnelle de 10 %.

Siège du leucome, astigmatisme irrégulier avec ou sans port de verres correcteurs, tels sont les deux signes objectifs dont l'expert tient compte pour

l'évaluation de l'I. P. P. Il est encore un autre élément appréciable, c'est l'état de la pupille. L'orifice pupillaire n'est pas identique chez tous les sujets alors même qu'ils travaillent à la même distance et qu'ils sont soumis au même éclairage. Son diamètre est variable de 2 à 4 mm., ce qui constitue une différence très appréciable dans les taies cornéennes centrales ou para-centrales et dont l'expert tient compte pour apprécier le dommage avec équité.

Situation du leusome, astigmatisme qu'il détermine, état de l'orifice pupillaire, nécessité de port de verres : tels sont les éléments dont tout médecin praticien doit tenir compte dans l'évaluation de l'I. P. P.

C'est sur ces signes objectifs que souvent, devant la mauvaise volonté des blessés pour la mesure de l'acuité, les experts se basent pour fixer leur taux d'I. P. P. et attribuer à juste titre une rente au blessé, même lorsque l'acuité visuelle dépasse 5/10. Il est donc équitable d'accorder une rente, mais quel est le taux de cette rente? L'analyse de ces différentes expertises montre qu'il y a des variations à ce sujet ; nous voyons un ajusteur avec 7/10 à 7 %, un autre avec 6/10 à 10 %, un autre avec 6/10, 10 %, un autre avec 7/10, 10 %, un chaudronnier avec 7/10, 10 %, un chaudronnier avec 7/10, 7 %, un fraiseur avec 5/10, 8 %, un manoeuvre avec 5/10 faible, 10 %, un démolisseur avec 5/10, 10 %, un tourneur avec 5/10, 5 %, un manoeuvre avec 5/10,

5 % ; certes, il est difficile d'établir un barème à ce sujet que le praticien n'aurait qu'à consulter, trop d'éléments interviennent pour résoudre aussi simplement cette question. Des barèmes ont déjà été établis se basant uniquement sur l'acuité visuelle « Barème de Caillaud ». Le taux attribué pour des acuités de 6 à 7/10, dans ce barème, nous paraît trop élevé (10 à 15 %) alors que le même blessé pour une acuité de 1 à 2/10 toucherait de 20 à 25 %. La difficulté vient de l'application de ce principe qu'une incapacité au-dessous de 5 % ne donne droit à aucune rente. Comme le disent Oddo et Chavernac, les petites incapacités doivent être taxées comme les autres, car il n'y a pas de raison pour ne pas payer à un ouvrier la rente à laquelle il a droit sous le fallacieux prétexte qu'elle est de peu d'importance. La tâche de l'expert serait facilitée, nous semble-t-il, s'il pouvait attribuer au blessé une rente de 2, 3, 4 % qui serait payée, car comme le montrent les rapports des experts un blessé qui n'a que 1, 2 ou 3/10 d'acuité, par suite d'un accident, touche en proportion une rente nettement inférieure à celle d'un blessé qui a 5 ou 6/10 d'acuité.

A l'appui de notre idée, nous citons quelques rapports d'expertises où l'acuité visuelle de l'œil blessé est inférieure à 4/10.

R..., 25 ans, garçon cimentier, blessé le 30 avril 1925, à l'œil droit. Arrêt de travail jusqu'au 24 juin 1925.

Expertise du 9 septembre 1925 :

Oeil droit : L'examen de la cornée droite nous montre l'existence de deux cicatrices cornéennes (leucomes) assez épaisses, l'une siégeant à la partie inférieure du méridien vertical et par conséquent située en dehors du champ pupillaire et ne pouvant déterminer une gêne appréciable de la vision.

Il n'en est pas de même de l'autre taie située dans la région centrale déformant la cornée à son niveau. Cette taie centrale de forme régulière détermine la production d'un astigmatisme de type irrégulier qui entraîne un abaissement notable de la vision.

En effet, l'acuité visuelle de l'œil droit non améliorable d'une façon notable par les verres ne dépasse pas $3/10$.

Oeil gauche : Vision normale.

Conclusion : La lésion de la cornée droite est définitive et constitue une cause d'incapacité permanente partielle.

On peut évaluer la réduction de capacité ouvrière qu'elle entraîne à 10 %.

Consolidation à la fin juin 1925.

P..., 32 ans, plombier, blessé par un corps étranger à l'œil droit.

Examen :

Oeil droit : conjonctive saine.

Taie centrale arrondie à bords nets (2 à 3 mm. environ).

Opacité très dense.

Astigmatisme très irrégulier non mesurable.

Chambre antérieure normale.

Réflexes normaux.

Vision = $1/10$ non améliorable.

Oeil gauche : astigmatisme irrégulier et oblique.

Vision = $4/10$ et atteint $8/10$ avec ($30^\circ - 2$) + 1,50.

Discussion : cette taie par son siège central, sa densité et

ses dimensions et l'astigmatisme qu'elle détermine est une cause de gêne. Une amélioration ultérieure est à prévoir.

Il persiste une incapacité partielle et permanente *de 20 %*.

M..., 30 ans, chauffeur, blessé à l'œil droit par un éclat de pierre.

Examen :

OEil droit : très légère irritation oculaire.

Leucome adhérent au niveau de la pupille à VII h.

Astigmatisme cicatriciel irrégulier.

Tension normale.

Vision = 1/10 sans verres et 3/10 avec (45° N — 4).

OEil gauche : normal.

Il persiste une incapacité partielle et permanente *de 15 à 18 %*.

B..., 41 ans, chauffeur, blessé à l'œil gauche par une projection de chaux.

Examen :

OEil gauche : sur le secteur inféro-externe de la cornée, leucome cicatriciel diffus peu saturé et qui n'est bien visible qu'à l'éclairage local. Il empiète en bas et en dehors sur l'aire pupillaire.

Membrane et milieux normaux.

Astigmatisme irrégulier.

Vision = 3/10 sans verres et 4/10 avec (90° + 0,50).

OEil droit : normal.

Discussion : la cicatrice cornéenne détermine une gêne à la diffusion de la lumière.

Il persiste une incapacité partielle et permanente *de 12 %*.

L..., 51 ans, terrassier, blessé le 17 octobre 1924 à l'œil gauche.

Examen :

Plaie de la cornée gauche avec phénomènes infectieux graves.

Hypopion. Synéchies.

Œil gauche : aucun symptôme inflammatoire ni rougeur, ni photophobie, ni larmolement.

La conjonctive est saine. Les voies lacrymales paraissent normales.

Sur la cornée on constate la présence d'une large taie très épaisse au centre, dont les bords diffus se perdent insensiblement dans le parenchyme cornéen. Cette cicatrice est située exactement au centre de la membrane ; elle recouvre entièrement toute la pupille.

Chambre antérieure normale.

L'iris est soudé à la cristalloïde antérieure par de nombreuses synéchies.

Le siège central de l'opacité, sa densité, ses larges dimensions s'opposent à l'examen ophtalmoscopique.

La vision est extrêmement réduite, le blessé compte à peine les doigts à 10 cm.

Œil droit : normal. Léger astigmatisme inverse.

Vision = $7/10$ ($90^\circ - 0,50$) = I.

Discussion : nous sommes en présence d'un blessé qui a présenté un ulcère à hypopion.

Le traumatisme a laissé une cicatrice cornéenne centrale très opaque et de larges dimensions avec de nombreuses synéchies iriennes postérieures.

La vision de l'œil blessé est presque totalement abolie, elle est réduite à compter les doigts de 10 cm. environ.

Il en résulte une incapacité partielle et permanente de 28 %.

S..., 42 ans, perceur, blessé le 13 janvier 1925 à l'œil droit.

Diminution de la vision de l'œil droit. Aggravation d'un état antérieur. Avant l'accident, portait des verres correcteurs.

Examen :

Œil droit : En plein centre de la cornée, il présente une taie linéaire sensiblement verticale qui parcourt toute l'aire pupillaire.

Il n'existe pas de lésions apparentes des membranes profondes ni des milieux transparents.

Au Javal : astigmatisme conforme à la règle de 5 D. environ.

Après correction d'une myopie légère et astigmatisme, la vision est de 2/10.

Œil gauche : cet œil dont les membranes profondes et les milieux transparents sont normaux présente un astigmatisme de 6 Dioptries dont l'axe est légèrement oblique en bas et en dedans ainsi qu'une myopie de 3 D.

Après correction appropriée la vision accusée est de 8/10 environ.

Discussion : S. est atteint de taie linéaire de la cornée droite, celle-ci est la conséquence évidente du traumatisme.

Il est atteint de myopie légère à droite, plus forte à gauche avec astigmatisme de haut degré, état antérieur à l'accident.

Par sa situation en plein centre de la cornée, la taie constatée, consécutive au traumatisme vient ajouter à la gêne visuelle et il est équitable d'attribuer un certain degré de réduction de la capacité professionnelle.

La vision de l'œil gauche étant à peu près normale on peut évaluer à 13 % la réduction de capacité subite dans l'exercice de sa profession de forgeron. Une amélioration peut survenir

avec le temps et il semble possible de prévoir une révision dans les délais légaux.

P..., 60 ans, chauffeur, blessé le 20 octobre 1925, à l'œil gauche par un éclat de charbon.

Examen :

Œil gauche : conjonctive saine, milieux normaux.

Opacité diffuse centrale de la cornée obnubilant l'aire de la pupille moyennement dilatée.

Au Javal : astigmatisme irrégulier.

Transparence des milieux et intégrité des membranes profondes.

Le blessé déclare ne voir que la lumière et il y a exagération de sa part d'après les moyens de contrôle, elle atteint 1/10.

Œil droit : légèrement hypermétrope et presbyte du fait de l'âge.

Vision = 4/10 et atteint 7/10 avec + 1,50.

Discussion : du fait de l'astigmatisme, de l'étendue de l'opacité, il en résulte une incapacité partielle et permanente qu'on peut évaluer à 20 %.

P..., 29 ans, cimentier, blessé à l'œil droit par du ciment, le 25 novembre 1924.

Examen :

Œil droit : Voies lacrymales, paupières, conjonctive normales.

Sur la cornée, leucome ovalaire de 4 mm. environ dans son grand diamètre horizontal recouvrant la plus grande partie de l'aire pupillaire.

Astigmatisme très irrégulier non corrigible par les verres.

Pupille moyennement dilatée.

Cristallin, vitré, fonds d'œil normaux.

Vision = 1/10 non améliorée.

Œil gauche : Normal. V. = 1.

Discussion : Le blessé est atteint d'un leucome central et para-central inférieur de la cornée consécutif à l'accident du 25 novembre.

Cet accident entraîne une réduction de capacité de 22 %. Une amélioration est d'ailleurs probable dans les délais de révision.

Consolidation à la reprise de travail.

B..., 46 ans, tôlier, blessé à l'œil droit, par le choc d'un boulon.

Examen :

Œil droit : Blessure grave consistant en une plaie pénétrante avec hernie de l'iris qui dut être réséquée.

Pas de corps étranger intra-oculaire.

L'œil droit présente un large colobome inférieur résultant de la résection de la hernie de l'iris.

Une cicatrice linéaire oblique de la cornée occupe la place de la plaie accidentelle.

Vision = 2/10 sans verres et 6/10 avec un cylindre de + 1.

Œil gauche : Sain.

Discussion : L'état de l'œil droit de B. qui résulte directement de l'accident du 26 juin ne lui permet pas, en effet, de continuer le même travail qu'il fournissait auparavant, d'autant que le port d'un verre correcteur tel que le verre cylindrique est peu pratique pour un travail du genre de celui de B.

Conclusions : Par le fait de l'accident dont il a été victime B... est atteint à l'œil droit d'un large colobome irien infé-

rieur, d'une cicatrice de la cornée et d'un astigmatisme pratiquement peu corrigible par des verres.

Il en résulte une réduction permanente et partielle des capacités ouvrières que nous évaluons à 12 %.

S..., 41 ans, raboteur, blessé à l'œil droit par un éclat de métal le 26 juillet 1925.

Examen :

Œil droit : Paupière et conjonctive normales.

Sur la cornée on remarque deux cicatrices verticales situées à V et à VIII h. empiétant sur l'aire pupillaire et déterminant un astigmatisme irrégulier élevé (3 D.).

Réflexes pupillaires normaux.

Fond d'œil normal.

Vision = 1/10 sans verres et 2/10 après correction sphéro-cylindrique.

Œil gauche : Normal. V. = 1.

Discussion : Nous nous trouvons en présence d'un blessé atteint à l'œil droit de leucomes para-centraux. L'œil gauche est normal.

Les lésions de l'œil droit sont la conséquence de l'accident du 26 juillet. Elles diminuent notablement l'acuité visuelle de cet œil. Cet état est susceptible d'amélioration.

Conclusion : Du fait de l'accident du 26 juillet, cet ouvrier est atteint d'une incapacité partielle et permanente avec réduction de 20 à 22 % environ.

M..., 27 ans, manœuvre, blessé le 3 juin 1925, à l'œil droit, par un éclat de pierre.

Examen :

Œil droit : Conjonctive saine.

Au centre de la cornée : existence d'un vaste leucome ob-

nubilant tout l'aire de la pupille qui est en moyenne dilatation.

Eclairage du fond d'œil possible qui est normal.

Vision = $1/20$ inutilisable pour tout travail.

Œil gauche : Normal. V. = 1.

Conclusion : Le traumatisme a provoqué une ulcération de la cornée de cet œil.

Il en résulte une vaste taie centrale obnubilant le champ de la pupille. Dans ces conditions, le patient est atteint d'une incapacité partielle et permanente de 25 %.

Consolidation de la blessure au 24 juin 1925.

A..., 62 ans, menuisier, blessé à l'œil droit, par éclat de hrique.

Examen :

Irritation conjonctivale des deux yeux avec larmoiement. Pas de suppuration des sacs lacrymaux.

Œil droit : Vaste leucome adhérent avec occlusion pupillaire totale. Au niveau du limbe externe, diamètre horizontal : petite hernie irienne. Tension normale.

Vision nulle.

Œil gauche : V = $1/10$ et est normale avec (+ 3).

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 30 %.

ETAT ANTÉRIEUR

Dans ce dernier chapitre, nous envisagerons rapidement la question de l'état antérieur, question complexe et variable avec chaque cas, soit que le traumatisme vienne aggraver une opacité cornéenne ancienne ou déterminer l'éclosion d'une infection latente : kératite ponctuée, trachôme.

Nous étudierons quelques cas où l'œil non blessé est déjà perdu (énucléation, taie cornéenne avec séclusion pupillaire, lésions du fond d'œil).

M..., 23 ans, ajusteur, blessé à l'œil gauche par un copeau d'acier.

Examen :

Œil gauche : Petite opacité près du centre peu apparente et de la dimension d'une tête d'épingle.

Milieux normaux.

Faible astigmatisme.

Vision = 7/10 sans verres.

Œil droit : Cécité par atrophie optique remontant à l'enfance.

Vision = 0.

Il en résulte une incapacité partielle et permanente de 42 %.

B..., 58 ans, ouvrier meuleur, blessé le 10 août 1921, à l'œil gauche par un corps étranger.

Perte de l'œil droit en 1894 (service militaire).

Examen :

Œil gauche : Leucome cornéen à cheval sur le bord inféro-interne de la pupille se dirigeant horizontalement vers le limbe scléro-cornéen interne.

On aperçoit un autre petit leucome cornéen situé sur le bord inférieur de la pupille.

Ectropion de la paupière inférieure et larmoiement.

Point lacrymal incisé.

Cristallin et corps vitré transparents.

Pas de lésions du fond d'œil.

Vision = $5/10$ avec ou sans correction.

OEil droit : en strabisme divergent. Pas de perception lumineuse.

Discussion : Le 10 août il a reçu un corps étranger. Il en résulte une opacité qui, par sa situation et par l'astigmatisme irrégulier qui en est la conséquence, a diminué l'acuité visuelle de cet œil. La consolidation avait été fixée au 29 septembre. Le blessé a repris, mais n'a pu continuer, parce qu'il n'y voyait plus suffisamment, ce qui est vraisemblable.

Conclusions : L'accident a déterminé une diminution sensible de la vision de cet œil qui seul était utile.

Du fait de l'accident, il est atteint d'incapacité partielle et permanente qu'on peut évaluer à 10 %.

R..., 31 ans, charretier, blessé le 12 avril 1925, à l'œil gauche (corps étranger profond de la cornée).

Examen :

OEil gauche : Aucun symptôme inflammatoire.

Taie centrale à facettes de forme irrégulière, à bords diffus, recouvrant la presque totalité de l'aire de la pupille en dilatation moyenne ; taie très dense.

Iris sain.

Réflexes intacts.

Cristallin et vitré transparents.

Vision = $1/10$ non améliorable.

OEil droit : Enucléé.

Il persiste une incapacité partielle et permanente de 65 %.

D..., manœuvre, blessé le 2 octobre à l'œil gauche par un éclat de pierre.

Examen :

OEil droit : Enucléé.

Œil gauche : Taie centrale de la cornée de 3 à 4 mm. de diamètre.

Une iridectomie optique a été pratiquée sur cet œil dans le but d'en augmenter la vision, car la taie absolument centrale occupait l'aire pupillaire. Cette taie est située au lieu d'élection, c'est-à-dire en bas et en dedans.

L'œil est encore rouge ; la muqueuse palpébrale est épaissie et irrégulière.

Il existe une dacryocystite chronique, en évolution avant l'accident.

Vision 1/10, non améliorable par les verres.

Conclusions : Il existe, du fait de l'accident, une incapacité permanente de travail qu'on peut évaluer à 80 %, l'œil droit n'existant plus.

Consolidation au 1^{er} avril 1925.

M..., 67 ans, carrier, blessé le 26 mars 1925, à l'œil gauche, par un éclat de pierre.

Examen :

Œil droit : A la suite d'une blessure antérieure, remontant à 4 ans, évoluant sur un œil atteint de dacryocystite chronique très ancienne peut-être congénitale, il y a eu un large leucome adhérent du centre de la cornée avec occlusion et séclusion pupillaire.

Malgré une projection lumineuse satisfaisante, l'acuité visuelle de l'œil droit *est pratiquement nulle*.

Œil gauche : Atteint également de dacryocystite chronique supprimée d'un larmolement, reflux purulent du sac, conjonctivite chronique.

Malgré cela, aucun phénomène inflammatoire de l'œil lui-même, un peu en dessous de la cornée, large leucome couvrant plus des 3/4 inférieurs de la pupille en dilatation moyenne et la débordant par le bas.

Le leucome est à rebords flous et irréguliers.

Javal : astigmatisme irrégulier élevé.

Milieux et fond d'œil normaux.

Vision = $3/10$, non améliorable par les verres.

Cette vision défectueuse se trouve aggravée par le siège du leucome, alors que le malade regarde vers le sol, ainsi que l'exige sa profession. Il a également de la photophobie.

Conclusion : L'incapacité de travail qui ne peut être basée que sur l'état du seul œil gauche se trouve diminuée dans une proportion élevée qui doit être évaluée à 45 %.

Cette incapacité est définitive.

Consolidation au 27 avril 1925.

C..., 58 ans, paveur, accident du 3 avril 1928. Ulcération infectée de l'œil gauche. Travail repris le 15 mai 1928.

Rapport de l'expert :

Œil gauche : actuellement on constate une taie diffuse de la partie centrale de la cornée de forme à peu près circulaire mesurant 5 à 6 mm. de diamètre et recouvrant les $3/4$ de la pupille.

Les réflexes lumineux de la pupille sont bien conservés et par la partie externe de la pupille demeurée libre on peut pratiquer l'examen ophtalmoscopique qui montre des milieux oculaires transparents et un fond d'œil normal.

Réfraction légèrement hypermétropique.

L'acuité visuelle de cet œil oscille entre 2 et $3/10$ plus près de $2/10$ que de $3/10$.

Il n'a pas été possible de contrôler la recherche de cette acuité visuelle par les moyens propres à déceler l'exagération ou la simulation en raison de la vision défectueuse de l'œil droit, mais l'acuité de $2/10$ de l'œil gauche semble bien en rapport avec la taie cornéenne et l'étendue de cette taie.

Le champ visuel de l'œil gauche est sensiblement normal et la mobilité de cet œil est normale.

Œil droit : l'œil droit a un aspect extérieur normal.

La cornée est transparente.

L'iris est normal et les réflexes lumineux de la pupille sont bien conservés.

Les milieux oculaires sont transparents, mais l'examen ophtalmoscopique montre, au niveau de la région maculaire, un large foyer de chorio-rétinite atrophique occupant toute l'étendue de cette région.

La chorio-rétinite est en ce point complètement atrophiée et il existe tout autour de ce foyer d'atrophie de nombreux amas pigmentés.

La papille est normale.

L'acuité visuelle de cet œil est inférieure à $1/20$ conséquence de cette chorio-rétinite, mais le champ visuel est normal.

Cette chorio-rétinite maculaire atrophique est certainement de date très ancienne et très antérieure à la blessure de la cornée de l'œil gauche qui n'a exercé sur la lésion chorio-rétinienne de l'œil droit aucune influence.

La motilité de cet œil droit est normale et les annexes de l'œil sont normaux.

Conclusions : 1° l'accident du 3 avril 1928 a déterminé chez M. C..., à la suite de la kératite qu'il a provoquée, une taie centrale diffuse entière entièrement cicatrisée aujourd'hui et entraînant une diminution très accusée de l'acuité visuelle qui oscille entre 2 et $3/10$ plus près de $2/10$ que de $3/10$.

Le champ visuel est normal et l'acuité visuelle est susceptible de s'améliorer dans la suite du fait de l'éclaircissement de la tache.

2° L'acuité visuelle de l'œil droit est inférieure à $1/20$ conséquence d'une chorio-rétinite maculaire ancienne sans aucun rapport avec l'accident et n'étant aucunement susceptible d'amélioration.

3° L'accident du 3 avril 1928 a déterminé pour C. une I. P. P.

En se basant sur le degré d'acuité visuelle de l'œil droit (2 à 3/10) susceptible d'amélioration dans la suite et sur celle de l'œil droit inférieure à 1/20 (cette diminution d'acuité visuelle n'étant nullement imputable à l'accident mais devant être retenue néanmoins d'autant plus qu'elle n'est pas susceptible d'amélioration, la réduction de capacité professionnelle peut être évaluée à 65 %.

Date de consolidation : 15 mai 1928.

Ces observations montrent que le taux est variable, il est classique d'admettre, dans ces cas, pour l'évaluation de l'I. P. P. totale la formule suivante :

(I. P. P. de l'œil blessé X 2) + I. P. P. de l'autre œil = I. P. P. totale.

Dans son barème, Caillaud multiplie par 4 le coefficient de l'incapacité accordée par suite de la perte de l'acuité visuelle de l'œil blessé et nous voyons ainsi qu'une réduction de l'œil blessé à 4/10 donnerait droit à une rente de 40 à 50 %, alors que le même blessé avec 2/10 toucherait de 60 à 80 %.

Avant l'accident un ouvrier borgne a une diminution de capacité de travail qu'on peut évaluer à 30 %, son potentiel n'est plus que de 70 % et c'est sur ce taux que l'on pourrait fixer l'I. P. P.

Prenons un exemple, par suite de son accident un blessé n'a plus que 3/10 ; si l'autre œil était normal, on pourrait évaluer à 15 ou 16 % le taux d'I. P. P. Mais du fait qu'il est borgne son œil sain a une valeur double et nous multiplions par deux le taux

de 15 à 16. Ce n'est pas 32 % que perd le blessé, mais 32 de sa capacité qui n'était plus que de 70, ce qui nous donnerait une I. P. P. globale de 50 % environ.

Cette solution nous paraît équitable et pour l'assureur et pour l'ouvrier, car elle semble évaluer assez exactement le degré de réduction de capacité de travail due à l'accident.

Conclusions

I. Dans l'estimation de la réduction de capacité ouvrière produite par les cicatrices cornéennes au cours des accidents du travail, les experts tiennent compte, avant tout, du degré de l'acuité visuelle de l'œil blessé.

II. Cet élément d'appréciation — s'il reste le plus important — est loin d'être le seul, en particulier dans les cas — limite que nous avons eus surtout en vue au cours de cette étude et dans lesquels l'acuité visuelle de l'œil blessé atteint la moitié de l'acuité visuelle normale, c'est-à-dire de l'acuité visuelle physiologique.

III. Dans ces cas — l'autre œil étant normal — les estimations des experts varient de 0 à 8 ou 10 % : elles tiennent compte des facteurs suivants :

a) Le siège du leucome, la situation inféro-nasale de la cicatrice cornéenne entraînant une incapacité partielle et permanente de travail plus élevée en rai-

son de la gêne qu'elle détermine pour la vision de près.

b) État du diaphragme pupillaire par rapport à la cicatrice cornéenne quand celle-ci est centrale ou para-centrale.

c) Profession du blessé (métiers nécessitant une acuité visuelle supérieure).

d) Astigmatisme cicatriciel causé par le leucome.

e) Nécessité du port d'un verre correcteur.

Certains experts ne tiennent pas compte de l'acuité visuelle obtenue avec une correction sphéro-cylindrique élevée ou non supportée en vision binoculaire et basent l'incapacité partielle et permanente de travail sur le degré de l'acuité visuelle accusée sans verres correcteurs.

IV. Quand l'autre œil est atteint d'une diminution de vision par blessure ou maladie antérieure, l'estimation est considérablement majorée et correspond approximativement à la formule suivante :

$(I. P. P. \text{ de l'œil blessé } \times 2) + (I. P. P. \text{ de l'autre œil}) = I. P. P. \text{ totale.}$

V. D'une façon générale, le principe autrefois admis d'après lequel il n'y a pas d'incapacité permanente quand l'acuité visuelle physiologique (moitié

de l'acuité visuelle normale) est intacte semble donc avoir perdu de sa rigueur et l'estimation de capacité ouvrière évolue ainsi que la jurisprudence dans un sens plus favorable aux intérêts du blessé.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

F. TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

BAUDRY. — Etude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes.

CAILLAUD. — Guide pratique pour les accidents de travail.

IMBERT, ODDO et CHAVERNAC. — Guide pour l'évaluation des incapacités.

SULZER. — L'acuité visuelle dans ses rapports avec l'incapacité de travail. — *Société Française d'Ophtalmologie*, 1904.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

